

戸田市こども医療費受給資格登録申請書

（宛先）

戸田市長

次のとおり、受給資格登録を申請します。また、市長が戸田市こども医療費条例施行規則に基づく登録や支給の事務を行うため、必要な範囲内で公簿等の調査や個人番号等に基づく情報の取得を行うことに同意します。

		申請日	年 月 日		
申請者 (保護者)	フリガナ				生 年 月 日
	氏 名				年 月 日
	住 所	戸田市			対象こども との続柄  父 ・ 母  その他( )
	電話番号				
	個人番号				

対象こども	フリガナ	生年月日	住 所	個人番号	受給資格者証番号
	氏 名	年 月 日	※申請者と異なる場合のみ記入		
		年 月 日			
		年 月 日			

振込先	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり <input type="checkbox"/> 現に登録のある同一世帯の対象こどもと同じ口座にする（登録済みの対象こどもの氏名）				
	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	支店	店番	
	フリガナ		普通預金 口座番号		

加入医療保険	対象こどもに関して、高額療養費などの決定に関する情報を保険者に紹介・調査依頼することに同意します。また、現物給付等により戸田市が支給した医療費に法令その他の規程による高額療養費等が含まれていた場合は、当該高額療養費等の給付の申請及び受領に関することを戸田市長に委任します。				
	被保険者（世帯主）氏名（ ） 対象こどもとの続柄（父・母・その他（ ））				
	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを健康保険証として利用				
	記 号	番 号	保 険 者 番 号		

名 称	<input type="checkbox"/> 戸田市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（ ）支部 <input type="checkbox"/> （ ）健康保険組合 <input type="checkbox"/> （ ）共済組合 <input type="checkbox"/> （ ）	資格取得 年 月 日	年 月 日
-----	--	---------------	-------

異動事由	異動日	異動日の翌日から15日以内の申請(15日目が土日祝日の場合はその翌日まで)	資格開始日	申立書等	資格開始日の説明
1. 出生	年 月 日	15日以内	異動日		
2. 転入	年 月 日	15日超過	申請日		
3. 関係者変更	年 月 日				
4. その他新規等( )	年 月 日				

保険証の写提出依頼（済・未） 郵送 /